

М. І. Сахелашвілі, О. П. Костик, О. І. Сахелашвілі-біль ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ХІМІОРЕЗИСТЕНТНОГО ТУБЕРКУЛЬОЗУ У ПІДЛІТКІВ ІЗ КОНТАКТІВ

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького

Не дивлячись на тенденцію до зниження рівня показників захворюваності та смертності від туберкульозу, епідемічна ситуація в Україні залишається складною. На сьогодні велику небезпеку несе розповсюдження хіміорезистентного туберкульозу як серед дорослого, так і підліткового населення.

Мета дослідження — вивчити особливості перебігу хіміорезистентного туберкульозу у підлітків з осередків туберкульозної інфекції.

Матеріали і методи

Для вивчення особливостей перебігу хіміорезистентного туберкульозу органів дихання проведено аналіз клінічних, рентгенологічних та загальноприйнятих лабораторних обстежень у 151 підлітка, які були поділені на дві групи. В основну групу включили 76 хворих на хіміорезистентний туберкульоз, контрольну групу склали 75 хворих на «чутливий» туберкульоз, які виділяли МБТ зі збереженою чутливістю до антимікобактеріальних препаратів (АМБП).

При аналізі вікової структури підлітків, які захворіли на хіміорезистентний туберкульоз встановлено, що пік захворювання констатується у 17 років як в основній, так і контрольній групах.

Результати та обговорення

У 85,5 % (65) підлітків основної і 73,4 % (55) контрольної групи туберкульозний процес діагностували при звертанні до лікаря загальної мережі. У 50 (65,9 %) підлітків основної групи і у 23 (30,7 %) контрольної ($p < 0,01$) процес починався гостро. Проте у контрольній групі констатовано в 1,7 разу частіше випадків з торпідним (42,7 % проти 22,4 %, відповідно, $p < 0,01$) і в 1,8 разу частіше з безсимптомним (26,7 % проти 11,8 %, від-

повідно, $p < 0,01$) початком специфічного процесу, ніж в основній групі.

При хіміорезистентному туберкульозі вірогідно частіше спостерігали виражені явища туберкульозної інтоксикації і симптоми легеневої патології, ніж при «чутливому» туберкульозі.

Проведення порівняльної оцінки клінічних форм туберкульозу в основній та контрольній групах встановлено (рис.1), що у підлітків, хворих на хіміорезистентний туберкульоз переважали дисемінована (42,1 %) та інфільтративна форма специфічного процесу (36,8 %) й казеозна пневмонія (18,4 %). Вірогідно рідше, ніж інші форми, діагностували у них первинний туберкульозний комплекс (2,6 %; $p < 0,01$ - 0,001). Деструктивні зміни спостерігали у 1,5 разу частіше при хіміорезистентному туберкульозі (53,3 % проти 35,3 %, $p < 0,05$).

У 76 підлітків, хворих на хіміорезистентний туберкульоз, прогресування туберкульозного процесу відбувалося у 2,5 разу частіше, ніж у контрольній групі і проявлялося бронхогенним відсівом (39,5 % проти 16,6 %; $p < 0,05$) у 1,9 разу частіше — туберкульозом бронха (10,5 % проти 5,3 %; $p < 0,05$), в 2,0 разу частіше — ексудативним плевритом (26,3 % проти 13,3 %; $p < 0,05$).

При рентгенологічному обстеженні як у контрольній групі, так і в основній майже з однаковою частотою виявляли ураження легень в межах 1-2 сегментів (10,0 %), у всіх інших випадках процес був розповсюджений (90,0 %). При хіміорезистентному туберкульозі у підлітків в 1,4 разу частіше виявляли двобічний процес, (63,4 % проти 28,0 %, $p < 0,05$), ніж у контрольній групі (63,4 % проти 46,7 %, $p < 0,05$). При цьому переважала наявність множинних порожнин розпаду в легенях.

Масивне бактеріовиділення констатовано вірогідно частіше у підлітків при хіміорезистентному туберкульозі,

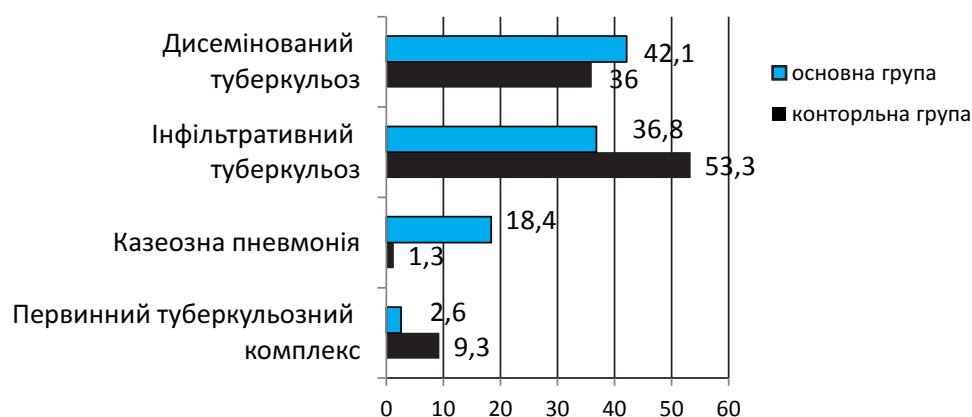


Рис.1. Розподіл підлітків за клінічними формами туберкульозу

ніж в контрольній групі (52,7 % проти 36,0 %, $p < 0,05$). Мікробіологічні дослідження показали, що при наявності хіміорезистентного туберкульозу інтенсивність бактеріовиділення вища у основній групі, ніж при "чутливому" туберкульозі, коли хворі виділяли штами, чутливі до АМБП.

У сімейних осередках туберкульозної інфекції інфікувались і захворіли 66,7 % підлітків. При обстеженні осередків туберкульозної інфекції встановлено, що у 77,8 % випадків джерелом інфекції були батьки, при цьому найчастіше — батько. За 10 років померло 39 хворих на туберкульоз легень, які були джерелом інфікування підлітків. У осередках «смерті» мешкали 25 (30,0 %) обстежених осіб, які захворіли на хіміорезистентний туберкульоз, з них 44,4 % контактували з хворими на мультирезистентний туберкульоз, ще 44,4 % — з потенційно резистентними (хронічний туберкульоз, «тюремний» туберкульоз), і лише двоє пацієнтів (11,1 %) контактували з хворими зі збереженою чутливістю МБТ до АМБП. Збіг структури хіміорезистентності у підлітків, хворих на

туберкульоз з джерелом інфекції становив 63,2 %. Інтенсивність бактеріовиділення була вищою у хворих на хіміорезистентний туберкульоз із контакту. Збіг структури хіміорезистентності у підлітків, які захворіли на туберкульоз з джерелом інфекції становив 63,2 %.

Із 48 обстежених підлітків, які захворіли на хіміорезистентний туберкульоз, померло внаслідок прогресування специфічного процесу протягом 1-5 років спостереження 6 (12,5 %) осіб.

Висновки

При хіміорезистентному туберкульозі у підлітків виявляли більш важкі специфічні процеси з прогресуванням, з наявністю деструктивних змін та масивним бактеріовиділенням.

У сімейних осередках туберкульозної інфекції інфікувались і захворіли 66,7 % підлітків. Джерелом інфекції найчастіше були батьки. Збіг структури хіміорезистентності у підлітків, які захворіли на туберкульоз з джерелом інфекції становив 63,2 %.